Looking back, looking forward

SEVEN POINTS

for

ACTION

ONTARIO HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION

March 2000

The Health Services Restructuring Commission ("HSRC", "the Commission") was an independent body established by the Ontario Government in March 1996. Its role was to expedite hospital restructuring in the province, and to advise the Minister of Health on revamping other aspects of Ontario's health services system.

The HSRC's four-year mandate (1996-2000) consisted of three specific and closely related components:

- *to make decisions about restructuring Ontario's public hospitals;*
- *to provide advice to the Minister of Health about which health services would need reinvestment as a result of changes to the hospital system and changing needs of the population; and*
- *to make recommendations to the Minister on restructuring other components of the health care system to improve quality of care, outcomes and efficiency and help create a genuine, integrated health services system.*

The Commission's mandate ended on March 28, 2000. Copies of this publication are available on the HSRC's website: www.hsrc-crss.org

Health Services Restructuring Commission: Members

Duncan G. Sinclair (Chair)

Ruth Gallop

Shelly Jamieson

Maureen Law

Douglas Lawson

George Lund

Hartland M. MacDougall

Muriel J. Parent

Daniel R. Ross

J. Donald Thornton

Rob Williams

Peggy Leatt, Chief Executive Officer (Ex-officio)

Background

Ontario was the last Canadian province to initiate reform of its health care system. It began with rationalization of its hospitals using a mechanism unique from the other provinces. It established an arms-length commission with a limited term to determine what changes with respect to hospitals were in the public interest and direct that they be made.

The Health Services Restructuring Commission ("HSRC", "the Commission") was created in April 1996. It was given a four-year mandate (1996-2000) with two key 'deliverables':

1. binding decisions on restructuring Ontario's public hospitals; and

2. recommendations to the Minister of Health on reinvestments in, and restructuring of, other aspects of the health system including changes required to improve how health services are provided.

Phase 1 of the HSRC's mandate focused primarily on restructuring the hospital sector. The main objective was to create a co-ordinated hospital sector capable of providing accessible services of high quality that are affordable (i.e., within the limits of a reasonable share of provincial spending on health).

The HSRC's work – primarily in urban communities – kick-started a process that is transforming Ontario's hospitals. When they are fully implemented the effect of the Commission's *Directions* on hospitals will be not uniform; some will have merged, some will have entered service and management alliances, some will have closed. All, however, will have felt the impact of major change that is necessary and that must continue to allow us to meet the needs of Ontario's future.

Phase 2 of the HSRC's mandate has been even more challenging and significant. Here the Commission has focused on how to change and co-ordinate, or integrate, the many aspects/components of health care delivery to create a genuine health services *system* – a vital prerequisite for maintaining and enhancing the health of Ontario's population into the 21st century.

Achieving the vision: moving the health *system* forward

Ontario has many dedicated health care providers and organizations but they function independent of each other. Various arrangements link organizations and providers into networks or alliances, but the true interdependency and seamless interaction of a well-functioning health services "system" does not exist.

There is, in fact, no real 'system' of health care in Ontario. Hospitals, other health facilities, agencies, etc., interact and work together with health professionals at a number of levels. However, no identifiable 'system' or overall 'structure' supports them and/or community organisations so that they can function *together* for the benefit of patients, and their communities. In the absence of a co-ordinated system, continuity of care suffers. In addition, cost-savings and the quality-enhancing synergy of systemisation are lost – and in a time of dwindling resources.

Although the integration and co-ordination of hospitals have received broad support, there is much less consensus on how to achieve *vertical co-ordination and integration* across the various components of the 'system' (i.e., hospitals linked with home care with long-term care with primary care etc.). Yet, greater co-ordination and integration of all health services are essential if more accessible, higher quality and cost effective health care is to be achieved. A key challenge for the Commission was to determine where among building on current reforms, re-balancing the various components within the system, integrating care and achieving greater continuity of care, lay the greatest potential to achieve these goals. Clearly, the absence of political preparedness precluded establishment of Regional Health Authorities (as in the other nine provinces) or Integrated Health Systems in Ontario for the immediately forseeable future.

"A key challenge for the Commission was to determine where among building on current reforms, re-balancing the various components within the system, integrating care and achieving greater continuity of care, lay the greatest potential to achieve these goals."

To help identify those priorities that would best promote greater co-ordination (and 'systemization') in the health system, the HSRC first considered lessons learned during hospital restructuring and second, the key environmental forces shaping the health care environment.

There continues to be broad public support for a health system that offers universal access and high quality care across a range of health services as defined in the Canada Health Act. However, the majority of Ontarians understand that the current pressures on the *traditional* health system are more complex and that change is needed. Moving the restructuring agenda forward requires a shift in thinking about the kind and delivery of health care services we will need. While emergency and acute care services are still paramount, community-based, ambulatory services, primary care, long-term and home care services, will be needed by more and more people.

Developing and communicating a vision and strategic plan are critical if Ontarians are to be reassured that health service reforms will lead to improvements in access, quality and continuity of care.

Public support for improving integration and continuity of care across the many components in the current health care system can be enlisted if the key areas of concern – access, waste and the availability of home care – are addressed in policy terms. The public will likely support integration if it is made obvious that this will result in better communication among and by providers, improved patient care and outcomes, and better access to community-based services. Other considerations for explaining the change agenda should take into account the following:

- **Adopt an incremental, not revolutionary, approach to change.** While Ontarians may not be "opposed" to changes in health care, such improvements should be pursued in an evolutionary manner, as opposed to a "big bang" approach.

- **Solicit support from providers for changes.** Physicians, nurses and other health providers remain the most respected voices in forming public opinion on health care. Members of the public will seek the views of health professionals on health care changes and will be more influenced by their opinions than by communications by government or planning bodies.

- **The public must be invited to participate in the process. Consultative processes about the 'new model(s)' should be undertaken to establish consensus on future change.** The consultative process should include a plan for communicating each recommendation that launches the debate effectively and avoids its derailment by negative stakeholder and media comments.

> *"Developing and communicating a vision and strategic plan are critical if Ontarians are to be reassured that health service reforms will lead to improvements in access, quality and continuity of care."*

- **Focus on clear and specific goals, objectives and strategies in the consultation, rather than abstract principles or aspirations**. We recommend the release of policy documents for broad public debate putting forward a series of specific proposals that describe the intended outcomes of change. These documents should be in the form of a report to the government (from an advisory council or other arms-length body).

'System Building': A seven-point action plan

HSRC Vision of the Future Health System

Our vision is of a sustainable health system that provides compassionate, comprehensive, high quality care to everyone who needs help to regain and maintain good health. While reflecting community and regional differences, the system's health care providers work together toward the common purpose of meeting the publicly set goals, objectives, policies and priorities necessary to achieve Ontario's vision of health. [1]

Building on its vision of the future health system, the HSRC identified the following seven-point action plan to build a more integrated and co-ordinated health services system in Ontario:

ACTION 1:	Build on the implementation of hospital restructuring and reinvestment in other health facilities and community services.
ACTION 2:	Articulate, confirm and communicate a vision of the future health services system in Ontario.
ACTION 3:	Clarify and define the role of government as primarily responsible for system governance and leadership.
ACTION 4:	Develop a comprehensive health information management system.
ACTION 5:	Implement a new model providing comprehensive primary health care.
ACTION 6:	Foster and support greater integration and co-ordination within and across the system by: ➢ Building on community efforts to strengthen integration ➢ Strengthening academic health science centre networks.
ACTION 7:	Develop and implement a strategy for improving system accountability and health system performance.

[1] The following Vision of Health was developed by the Ontario Premier's Council on Health Strategy and endorsed by all parties of the Provincial Legislature in the Spring of 1989: *We see an Ontario in which people live longer in good health, and disease and disability are progressively reduced. We see people empowered to realize their full health potential through a safe, non-violent environment, adequate income, housing, food and education, and a valued role to play in family, work and the community. We see people having equitable access to affordable and appropriate health care regardless of geography, income, age, gender, or cultural background. Finally, we see everyone working together to achieve better health for all.*

ACTION 1:
Build on the implementation of hospital restructuring including reinvestment in other health facilities and community services.

Following on the experiences and lessons learned in Phase 1, the HSRC initiated a series of interviews involving commissioners, commission staff, key providers, and community and government leaders in November 1999. The purpose was to define what is needed for the continuation of health restructuring after the completion of its mandate in March 2000, by identifying:

- The successful elements of its mandate, process and operations;
- Areas where changes to the mandate, process, operations could have produced better and/or different outcomes; and
- How to maintain momentum for implementation of hospital and health services restructuring.

The resounding response was that "*the Health Services Restructuring Commission did a job that could not have been done by the MOHLTC, the Government of Ontario, or the hospital community, individually or collectively*".

While there was agreement that establishment of the HSRC was essential to initiate restructuring, it was also agreed that the HSRC should disband as planned. At the same time, there is clear recognition that Ontario has only begun the process of health reform and that much more remains to be done to build a *genuine health system*.

> *"The worst case scenario would be to take one of two 'simplistic' courses: first, throw money at the 'problem' without a clear plan on where and how true change will occur, and second, to reverse some of the decisions that have been made."*

The worst case scenario would be to take one of two 'simplistic' courses: first, throw money at the 'problem' without a clear plan on where and how true change will occur, and second, to reverse some of the decisions that have been made. Neither is practical. There is much at stake politically in what has been started. The devil is in the details, far more than can be resolved by just a few good news announcements.

Action Strategies

✔ Identify a body (i.e., a physical presence/force within the MOHLTC or arms-length from the government) to:

- Continue implementing HSRC *directives*; and
- Act on the recommendations for reinvestments in non-acute care required in the various communities (i.e., implementation of advice on restructuring of and reinvestment in mental health, long-term care and home care services).

ACTION 2:

Articulate, confirm, and communicate a vision of the future health services system in Ontario.

Leadership is all about setting policy, creating a shared vision, and using the dynamics for change to make things happen – in short, providing the system with the strong governance it lacks and badly needs. The lack of agreement about a long-term vision for health services at the provincial level makes it difficult, if not impossible, to plan effectively for a system that will provide accessible, high quality and affordable health care for all Ontarians.

Developing and achieving a shared vision means alignment among –

- the vision of the system and its goals, objectives and strategic directions
- the goals, objectives, and strategic directions of the system and the design and limits of the funding systems
- the demands and needs of various sectors/players within the system
- appropriate incentives and corresponding actions that will encourage achievement of system-wide goals and objectives among all sectors/players in the system.

Action Strategies

✓ Articulate and communicate a vision, together with mission and goals, for the health system to guide future reforms and service improvements. The government should use the following vision statement, developed by the HSRC, as a starting point to engage the public in a discussion of the strategic priorities and directions that will shape future health system change in the province:

> *Our vision is of a sustainable health system that provides compassionate, comprehensive, high quality care to everyone who needs help to regain and maintain good health. While reflecting community and regional differences, the system's health care providers work together toward the common purpose of meeting the publicly set goals, objectives, policies and priorities necessary to achieve Ontario's vision of health.*

✔ Articulate and communicate the priorities and directions for future health reforms that will achieve improved health status and system building. The identification of priorities should be evaluated against the following three criteria:

- Potential for improving quality, access and affordability of the 'system';
- Potential for improving integration, co-ordination and continuity of care in the 'system'; and
- Impact on reinvestment and re-balancing the elements of the 'system'.

ACTION 3:

Clarify and define the role of government as primarily responsible for system governance and leadership.

The biggest issue requiring immediate attention is that of creating *governance and leadership* of the system. Leadership, vision, and policy direction are lacking. Most people recognize that the 'players' in the health care system will work more closely together only if a leader with a clear vision, direction and authority (and/or delegated authority) is in place, charged with bringing about system change.

"Clarifying the role of government as the senior "governor of the system" will require shifting more responsibility and account-ability for managing health services to organizations located close to and controlled by the people and communities who receive health services and those who provide them."

Effective governance is critical to fostering *system building* and *system change*. Governance of the 'health system' means that the system, and all of its parts, must:

- March to the drum of a common vision and a clearly defined mission;
- Be accountable and operate within clear policy guidelines;
- Strive for achievable, measurable goals and objectives; and
- Receive the benefit of evaluative 'feedback' – all products of good governance.

The MOHLTC must take on the responsibility of providing effective governance to the health services system. Clarifying the role of government as the senior "governor of the system" will require shifting more responsibility and accountability for *managing* health services to organizations located close to and controlled by the people and communities who receive health services and those who provide them.

Regardless of what *management models* are pursued to permit this devolution of management or operation responsibility, certain critical factors for success must be present for whomever or whatever entity(ies) is made responsible and accountable for continuing the health systems management and restructuring process(es). The critical success factors for existing or new 'management' entities include:

- **ABILITY** to fulfill the management role related to the mandate (e.g., the legislated powers must be fully aligned to the mandate of the organization)

- **CAPACITY** that includes appropriate leadership, a skilled organization, staff, and access to the 'best' information (based on real time/encounter data, clinical and other performance evidence) as well as the policy framework or direction from government to make informed decisions.

- **ACCOUNTABILITY** that includes working within a framework that recognizes the public as payer of the health care system and gives the public a voice to express its satisfaction/dissatisfaction with performance of the health system. Whatever method of accountability is chosen, it should be transparent to the public as to what remedy/reward can be applied and what process(es) will be used for the performance review.

These factors should form the foundation for whatever approach is recommended and ultimately chosen by government to continue the work begun by the HSRC.

Action Strategies

✓ The Government of Ontario, in addition to being the principal 'funder' of health services, should assume as its key area of responsibility the task of establishing itself as the governing body of Ontario's health services system – its Board of Directors – and discharging the responsibilities of governance through the MOHLTC.

✓ Redefine and clarify the role of the MOHLTC as the agent of the governors and *leader* of the health system, not as it is now, a centralized entity focused largely on operational matters ("micro-management"). In this role the MOHLTC would be responsible for:

- Establishing the vision for the future health system and providing overall direction through legislation, regulations, policy guidelines, and standards;

- Funding and determining the 'appropriate' budgetary levels within which the health system operates;

- Ensuring development and maintenance of a shared, comprehensive health information system to link all elements of the system together;

- Inventing and promoting 'system redesign tools'(incentives/disincentives, performance targets, evaluation measures, etc.), strategies to achieve the vision, established for the health services system and the values by which it should operate; and

- Accountability for following up on assessment and evaluation to improve the performance of the system and its elements with a view to ensuring that
  - the people of Ontario get their money's worth;
  - the system continues to evolve to meet changing needs;
  - performance expectations are defined; and
  - standards of quality of service, accessibility and efficiency are maintained.

ACTION 4:
Develop a comprehensive health information management system.

> ***Health information management:*** The capture, sharing and analyzing of information to make better decisions.

Building a comprehensive health information management system in the province must be a top priority. Decisions at all levels (from policy development, to care and treatment) would be better informed if comprehensive data were available and used throughout the health services system.

Health information and its effective management constitute the *fundamental enabler* of all other health system changes. In the absence of data and information, there is neither knowledge nor effective accountability for either governance or operation of any health care services.

Currently, Ontario's health system lacks the information and information exchange needed to achieve co-ordination and integration. Health care providers are unable to provide co-ordinated care, in part, because there is insufficient communication across the care continuum about their consumers' needs and the health services necessary to meet them. On a technical level, many health sectors – especially community and long-term care – have not incorporated computer and information tools into their daily operations, further restricting the potential to collect and share data and information.

Although a number of organizations and providers across the entire health system are investing (some heavily) in technology and software to support their operations, there is no guiding framework to co-ordinate those investments or facilitate the sharing of information now, or in the future. Presently, very little health information can be shared because of the lack of common standards and identifiers. Another significant problem is the absence of a comprehensive legislative framework to protect the privacy of health information. The longer this continues, the more difficult it will be to remedy.

"... developing the capacity to collect, analyze and distribute information to providers and consumers alike is the number one priority for improving the health system."

In June 1999, the HSRC submitted to the Minister of Health and Long-Term Care the *Ontario Health Information Management Action Plan.* The strategy outlined the ways and means to create the capacity in Ontario to manage information relating to health and the provision of health care services. The HSRC advised the Minister that developing the capacity to collect, analyze and distribute information to providers and consumers alike is the number one priority for improving the health system.

As the HSRC's mandate comes to a close, it remains committed to the urgency and importance of implementing a new health information management strategy for Ontario's health system. This strategy promises to deliver the most return to consumers, providers, managers and government. Without health information management, neither reform nor system building will be possible.

Action Strategies

✓ Proceed immediately with implementation of the HSRC's strategy – *Ontario's Health Information Management Action Plan* (June 1999) – to develop a comprehensive health information management system in Ontario. This will improve integration and co-ordination of health services delivery and enhance overall health system performance. The following steps should be undertaken to begin implementation of the plan:

1. Enact personal health information legislation and regulations.
2. Establish a *Health Information Management Agency* as an arms-length entity, accountable to the government, and reporting to the Minister of Health.
3. Establish an interim Advisory Council (with the suggested membership attributes discussed for the Agency board) to act as transition leadership while the Agency is being established.
4. Allocate the necessary funding to be distributed by the Health Information Management Agency.

5. Ask the interim Advisory Council to develop detailed implementation plans for launching each initiative (including design details, timing, responsibilities, performance measures) and develop required processes for effectively discharging its responsibility for standards, privacy, funding, strategy, advice, and audit.

ACTION 5:
Implement a strategy for providing comprehensive primary health care.

> ***Primary health care***: The first point of contact Ontarians have with the health care system. It is the foundation of a genuinely integrated system of health services, and an essential component for improving continuity of care.

For decades, primary health care has been studied and debated in Ontario. Most studies have made similar recommendations and have come to many of the same conclusions. In particular, there is agreement that a co-ordinated system of primary health care must be developed, and integrated with other levels of health care including community-based and specialty services. However, despite widespread agreement on the need for change and the components necessary to support it, there has been little progress made on improving primary health care services in Ontario.

In December 1999, the HSRC released its report, *Primary Health Care Strategy*. The strategy included a vision and goals for primary health care and identified five essential features and five supporting mechanisms plus critical success factors for its successful implementation.

The Vision of Primary Health Care

> *All Ontarians will have access to comprehensive primary health care services. Primary care will be the first point of access and the connector to the rest of the system.*

The HSRC's primary health care strategy is not novel. It builds on the characteristics of other models previously proposed and identifies what is needed to create a *genuine* primary health care system in Ontario. The goal is to provide patients with optimally accessible, comprehensive, high quality, and cost-effective services. It will also improve significantly the security, status and working conditions for the providers of those services.

The five essential features of the primary health care strategy are:

1. **Access to a defined range of comprehensive primary health care services**.

2. **Services accessible 24-hours-a-day, 7-days-a-week**, with telephone triage being an important enabler of comprehensive coverage.

3. **Health care professionals working in group practices**, and providing comprehensive primary health care to a defined population. Groups will include physicians and nurse practitioners together with other health care professionals directly involved in the delivery of care in the group practice.

4. **Consumers enrolling with the primary care physician or primary care nurse practitioner of their choice**, each being a member of the same group.

5. **Primary health care groups organized as groups of inter-professional primary care providers** who share common goals, contribute in a co-ordinated manner according to their competencies and skills, and respect the functions and distinctive contributions of others.

The Goals of Primary Health Care

1. Empower consumers to take an active role in their health and health care.
2. Provide high quality care.
3. Provide ready access to primary health care services.
4. Enhance the continuity and co-ordination of primary with other levels of health care services.
5. Facilitate the efficient and appropriate use of human and financial resources.
6. Provide accountability for the accessibility, quality, and cost-effectiveness of primary health care services.

The five supporting mechanisms to ensure the success of primary care groups are:

1. **Population-based group funding** with funding flowing directly to the group which will determine the method(s) and levels of remuneration for all providers within it.

2. **Education** to support the development of groups and help them meet the needs of their enrolled consumers.

3. **Information management** to support the real-time capture of consumer health information and the secure exchange of relevant and accurate information as appropriate in the delivery of care.

4. **Mechanisms to coordinate care** that include: an individual health record (each group compiles and is the custodian of a health record for each consumer, who owns his/her information and controls who has access to it); agreements between primary health care groups and other organizations and health care providers offering different levels of care; and communication protocols and care paths with special attention to hand-off points when consumers are transferring from one level of care to another.

5. **Mechanisms to ensure mutual accountability** between groups and their enrolled members, accountability of groups to the MOHLTC, internal accountability of groups for governing and managing their operations; and accountability for quality improvements.

The plan sets out steps to achieve the strategy and the organizations responsible for them. Year one includes developing support for the strategy; putting a structure in place in support implementation activities; and, doing the groundwork for years two to six, as primary care groups are developed throughout the province in an orderly sequence.

> *"Despite widespread agreement on the need for change and the components necessary to support it, there has been little progress made on improving primary health care services in Ontario."*

While the vast majority of the HSRC's primary health care strategy is common to previously proposed primary care models, it does include a number of 'unique' features:

- **An enhanced role for nursing**.
- **True group practices with supporting administrative structures**.
- **Improved working conditions for primary care physicians**.
- **Funding flows to the group based on the enrolled population served**.
- **Comprehensive provincial implementation of the strategy.**

Action Strategies

✓ Implement the HSRC's *Primary Health Care Strategy* (December 1999) provincially, in a planned and comprehensive manner, over the next six years.

✓ Establish an Implementation and Monitoring Committee made up of external representatives of consumers, health care professionals and managers to implement the strategy. Support the committee with a secretariat and have it report directly to the Minister of Health and Long-Term Care.

✓ Identify a champion with sufficient authority to effect change, to be responsible for leading the transition in primary health care, and to ensure primary health care receives high priority in government and full support by consumer and provider groups.

ACTION 6:

Support greater integration in the system by building on community efforts to strengthen integration and academic health science networks.

Although provincial policy direction (and alignment) is necessary to achieve greater integration of care delivery, alone it is not sufficient. Evidence from other jurisdictions suggests that *community-based system development* is also needed to achieve greater continuity of care, and to yield improved quality, access and consumer satisfaction.

During the last year of its mandate, the Commission supported the initiation of a number of bottom-up grassroots approaches to integration, facilitating the development of vertically integrated delivery systems to:

- Learn more about how these processes work "on the ground" and provide concrete, practical evidence of what is required for successful integration at the community level.

- Identify the major barriers to moving integration forward in communities.

- Document the "key issues and lessons learned" by communities that have developed plans to move toward greater vertical integration.

These projects involved hospitals, community care access centres, district health councils, public health units and other community stakeholders, and varied in their scope and focus. The projects included:

- Development of a process for integrating palliative care services at the community level in Durham;
- Strategies for integration in the diagnosis and care of early stage prostate and breast cancer in southeastern Ontario;
- Fostering integration through the development of a diabetes care and education network in southwestern Ontario;
- Developing strategies, identifying funding sources, clarifying roles and responsibilities, and recommending a model of integrated health services to explore the potential of creating a co-ordinated health system in Sault Ste. Marie;
- Developing an integrated approach for treating children with learning and behavioral problems in Timmins. Establish community-wide, evidence-based practice guidelines and strategies for community education to increase awareness and treatment for children with potential learning and behavioral problems; and,
- Documenting the integration experiences of seven well-established health networks in Toronto by examining their histories and structures, and identifying barriers to and opportunities for integration, success factors and lessons learned.

Case studies and lessons learned were documented in the HSRC's report, *Advancing Community Integration: Experiences and Next Steps*. These initiatives provided valuable insights into the factors that lead to and sustain successful integration where it counts at

the community level. Based on the HSRC's experience with the 'integration' projects, it is clear that communities can achieve integration at a micro-level if appropriate supports are put in place.

Action Strategies

✓ Identify a champion within the MOHLTC who is responsible for health system integration.

✓ Establish an annual competitive grant program that awards seed money to communities that are initiating local integration initiatives.

As the HSRC considered ways and means of improving co-ordination and integration in the health system, it also explored the role for Academic Health Science Centres (AHSCs) in providing leadership. In particular, the Commission wanted to find out how these centres could lead the way in forming new organizational relationships within their regions to create the conditions for greater co-ordination and integration and, therefore, improved quality and access. The current environment is driving AHSCs to broaden their reach to ensure success in their academic missions of research, education and patient care, particularly tertiary and quaternary care. Broadening their roles would be facilitated greatly were AHSCs to be given formal responsibility and the resources necessary to convert themselves from centres into *networks*.

The HSRC was unable to complete an in-depth study of AHSCs before the end of its mandate. Some of the initial (preliminary) perspectives and observations made about their future role in leading integration were:

- **AHSCs need the mandate and resources necessary to transform themselves into true networks**. This is particularly true for those centres outside Toronto where regional *Academic Health Science Networks* (AHCNs)[2] must extend over large areas of the province.

---

2 There has been much written on academic health science networks (AHSNs) as the vision for the future of academic health science centres. The 1995 PCCCAR Report – *Ontario's Health Science Centres: Sustaining Ventures for Their Communities* – discussed the development of AHSNs as networks that: develop working partnerships based on a common goal(s), with a shared sense of leadership rather than centralized or hierarchical relationships; adopt a needs-based approach rather than being supply side driven; allow the institutions that are now part of the AHSCs (as well as those that would become part of the network) to work together and make the most effective use of available skills, knowledge and resources for patient care, research and education; are comprised of a set of inter-relationships among (but not limited to) organizations including teaching hospitals, community hospitals, health units, long-term care institutions, community care providers/organizations, district health councils and other health planners, private-sector/health-related researchers and businesses, health science professional faculties, colleges of applied arts and technology that educate health professionals and secondary schools.

- **AHSCs have an important role in system-building and in developing organizational relationships that lead to improved co-ordination and integration of patient care.** AHSCs have the assets and capabilities to lead the way, and could do so with a broadened mandate and responsibility for a greater role in leading system change.

- **There are barriers and disincentives that must be addressed in advancing the concept of an Academic Health Science Network.** Networks have not developed as quickly as proposed for a variety of reasons, some of which vary from one centre to another.

- **The universities and teaching hospitals that today constitute Ontario's AHSCs represent a substantial investment; however, their potential remains only partially realized.**

Action Strategies

✓ Ontario's Academic Health Science Centres/ Networks are vital to the creation of a stronger, more integrated health services system. It is past time, and very much in the interest of the people of Ontario, that the MOHLTC establish the mechanisms necessary to work with AHSCs to achieve their full potential.

✓ Act on the recommendations of the Provincial Co-ordinating Committee on Community and Academic Health Science Relations (PCCCAR) contained in two reports: [3]

- *Sustaining Ventures for Their Communities (1995),* and
- *Funding Academic Heath Science Networks: An Investment in the Future (1997).*

They contain a number of recommendations that have yet to be implemented addressing health human resources planning, funding mechanisms for AHSCs, and implementation approaches to make more effective the roles and responsibilities of AHSCs throughout Ontario.

---

[3] Provincial Co-ordinating Committee on Community and Academic Health Science Relations (PCCCAR): *Ontario's Academic Health Science Centres: Sustaining Ventures of Their Communities* (1995) and *Funding Academic Heath Science Networks: An Investment in the Future* (1997).

ACTION 7:

Develop and implement a process for improving health system accountability, performance measurement and improvement systems.

Not only has hospital restructuring resulted in widespread changes in the hospital system, but in the last four years many of the underlying 'system' issues that have been evident in Ontario for decades have continued to put pressure on government to look for 'new" solutions to old problems. Traditionally, the provincial government has responded to each individual problem on a "crisis by crisis" basis. This approach to addressing issues is reflected in how the bureaucracy is structured. The restructured health services system must have the capacity to continually improve its performance through assessment and monitoring of indicators of health status and health system performance.

"What is needed is a system approach, supported by an objective process and mechanisms to determine how well the system is working and to identify where improvements need to be made. The ultimate focus should be on benefiting the consumer."

The importance of health system improvement and integration are recognized in the Ministry's vision.[4] In addition, the Ontario government has declared its commitment to meet future health care needs and guarantee access to the health services Ontarians deserve.

Given the complexity of health care and the government's need to achieve its vision while balancing multiple competing interests, the traditional individualized approach to health care problems – while well-intentioned – is not effective for improving the health system, for managing health care resources better and for meeting future challenges. What is needed is a system approach, supported by an objective process and mechanisms to determine how well the system is working and to identify where improvements need to be made. The ultimate focus should be on benefiting the consumer.

---

[4] In March 2000, the MOHLTC published the following vision statement in the document – Inside Health: Ministry of Health and Long-Term Care Employee Newsletter. Volume 1, No. 1.: *"A health system that promotes wellness and improves health outcomes through accessible, integrated and quality services at every stage of life and as close to home as possible."*

Action Strategies

✓ Adopt a system's view, supported by a comprehensive approach to improving health system performance.

Individual provincial and national performance assessment initiatives are valuable for reviewing the performance of particular professional groups, organizations, sectors and communities, and for clinical conditions and procedures. These activities encourage improvement within the areas being assessed, and should be continued by those organizations that are doing this work. These individual assessment initiatives, however, have limited applicability for assessing and improving the performance of the health system as a whole. Improving health system performance must take an integrated system perspective that recognizes the importance of the individual parts of the service continuum, but more so, the interdependencies and relationships between and among these parts. Although assessments of individual organizations are important, these evaluation initiatives cannot simply be combined to determine where health system performance can be improved. Indeed, the whole is (or should be) greater than the sum of its parts.

The ability to measure the quality of the relationships between the providers in the continuum, and share the results so that behavior is changed and care is improved for the consumer, is essential for improving health system performance. This requires taking a system's view rather than an individualized approach to health system performance.

✓ Establish an arms-length, third-party *Health System Improvement Council* with the purpose of ensuring, monitoring, assessing and improving the performance of the health system in Ontario.

System assessment and improvement cannot be the responsibility of any one or a select group of organizations that are currently conducting health care assessments in Ontario. These organizations do not have the overarching perspective that is required to support ongoing comprehensive improvement of the health services system. As well, these organizations tend to work in isolation from each other, their efforts are uncoordinated and at times competitive. Studies have also shown that consumers trust and want an objective third-party to provide information on health system performance. Their preference is to have access to independent expert evaluations or the assessments of other consumers like themselves.

"Improving health system performance must take an integrated system perspective that recognizes the importance of the individual parts of the service continuum, but more so, the interdependencies and relationships between and among these parts."

Currently in Ontario, there is no organization that is responsible for or has the specialized expertise for improving health *system* performance and reporting publicly on how well the system is doing. The HSRC believes that this responsibility should rest with an independent organization made up of consumers and providers, that is arms-length from the Ministry of Health and Long-Term Care, professional health provider groups and organizations representing delivery settings.

The goal of the *Health System Improvement Council* should be to ensure, monitor, assess and improve the performance of the health system in Ontario. The Council will be task-oriented and have public accountability.

The Council will be guided by two principles: focus on the consumer and use a five-stage approach to improvement that includes input, process, outcomes, feedback and implementation.

The Council will have four initial priorities: 1) reaffirm its goal and develop a strategic operating plan; 2) validate and refine criteria for improvement; 3) identify performance indicators; and 4) select common geographic boundaries.

There are a broad range of activities that the Council should be responsible for on an ongoing basis. These activities include communicating and disseminating the results of performance assessments to the public and providers through an annual public accountability report, and providing regular advice to the Minister of Health on establishing system priorities and improving health system performance.

Concluding Remarks

This is a difficult time for those who work in and are affected by Ontario's health care system. The process of change is unsettling. But if we are to have a sustainable health care system, we cannot turn back. Governance, management, funding mechanisms, and accountability within the health care system all have to be rethought.

Given the concerns among the public, however, and the political anxieties associated with change, the government needs a "buffer" between it and the immediate political ramifications of the difficult decisions that have to be made if Ontario is to stay the course of change.

While the provincial government must retain authority for overall policy, provide leadership and high-level direction to the health system, it should delegate responsibility for management of the change process to an independent 'entity' with a specified mandate over a part or parts of the health services system. The 'entity' – whether it be an agency, corporation of other special purpose body – should be arms-length from government and have legislated authority and responsibility to carry out its mandate. It should report to the Minister of Health and Long-Term Care and be accountable through the Minister for managing the elements of the system in accordance with the

government's policy direction and its own mandate.

Ontario realized four years ago that action had to be taken on reform of the health system, a much-discussed topic long delayed. The government showed great courage and initiative in creating and giving the power to effect change in the hospital sector to the Health Services Restructuring Commission. It has supported the Commission's decisions and acted decisively on the majority of its recommendations, especially those related to massive expansion of long-term and home care throughout the province.

The HSRC's final message as it leaves the scene is, there is much left to do. And the time is short in which to create the genuine system of health and health care services needed to meet the needs of the population into the 21st century. Now is not a time for Ontario to rest on the oars. We need to keep rowing – hard!

Regard sur le passé, regard sur l'avenir

. . . . . .

PLAN D'ACTION

en

SEPT POINTS

. . . . . .

COMMISION DE RESTRUCTURATION DES
SERVICES DE SANTÉ DE L'ONTARIO

La Commission de restructuration des services de santé (la CRSS, la Commission) était un organisme indépendant mis sur pied par le gouvernement de l'Ontario en mars 1996. Son rôle consistait à accélérer la restructuration des hôpitaux de la province et de prodiguer des conseils au ministre de la Santé sur le remaniement d'autres aspects du système de services de santé de l'Ontario.

Le mandat de quatre ans (1996-2000) de la CRSS comportait trois activités précise étroitement liées, soit :

- *prendre des décisions relatives à la restructuration des hôpitaux publics de l'Ontario;*

- *prodiguer des conseils au ministre de la Santé concernant les services de santé dans lesquels il faut réinvestir en raison des modifications apportées au système hospitalier et des besoins changeants de la population; et*

- *formuler des recommandations au ministre quant à la restructuration d'autres composants du système de santé en vue d'améliorer la qualité des soins, les résultats et l'efficacité et d'aider à créer un système de services de santé authentique et intégré.*

Le mandant de la Commission s'est terminé le 28 mars 2000. Une copie de la présente publication figure sur le site Web de la CRSS à l'adresse suivante : www.hsrc-crss.org.

Commission de restructuration des services de santé : membres

Duncan G. Sinclair (Président)

Ruth Gallop

Shelly Jamieson

Maureen Law

Douglas Lawson

George Lund

Hartland M. MacDougall

Muriel J. Parent

Daniel R. Ross

J. Donald Thornton

Rob Williams

Peggy Leatt, Directrice générale (à titre d'office)

Généralités

L'Ontario était la dernière province canadienne à amorcer une réforme de son système de santé. Elle a commencé par une rationalisation de ses hôpitaux en ayant recours à un mécanisme unique par rapport aux autres provinces. Elle a mis sur pied une commission indépendante à mandat limité dans le but de déterminer les changements en milieu hospitalier qui répondaient le mieux aux besoins du public et de recommander qu'ils soient apportés.

Ainsi, la Commission de restructuration des services de santé (la CRSS ou la Commission) a été créée en avril 1996. Son mandat de quatre ans (1996-2000) devait donner lieu aux deux réalisations clés suivantes :

1. décisions exécutoires concernant la restructuration des hôpitaux publics de l'Ontario; et

2. recommandations au ministre de la Santé sur les réinvestissements dans d'autres aspects du système de santé et sur la restructuration de ceux-ci.

L'étape 1 du mandat de la CRSS mettait surtout l'accent sur la restructuration du secteur hospitalier. Le principal objectif consistait à créer un secteur coordonné pouvant assurer la prestation de services de qualité accessibles et abordables (c'est-à-dire, dans les limites d'un partage raisonnable des dépenses provinciales en matière de santé).

Les travaux de la CRSS, notamment dans les collectivités urbaines, ont donner le coup d'envoi au processus de transformation des hôpitaux de l'Ontario. Une fois les directives de la Commission relatives aux hôpitaux mises en œuvre, les résultats ne seront pas uniformes. Certains hôpitaux feront l'objet d'une fusion, d'autres formeront des alliances de service et de gestion, et d'autres fermeront leurs portes. Toutefois, tous les hôpitaux auront ressenti l'impact d'un important changement nécessaire qui doit continuer de nous permettre de répondre aux besoins de l'avenir de l'Ontario.

L'étape 2 du mandat de la CRSS représentait un défi encore plus important. La Commission a mis l'accent sur la façon de changer et de coordonner (ou intégrer) les nombreux aspects et composants de la prestation des soins de santé afin de créer un *système* de services de santé authentique, soit une exigence préalable essentielle au maintien et à l'amélioration de la santé de la population de l'Ontario au 21^{e} siècle.

Concrétisation de la vision : évolution du *système* de santé

L'Ontario comte de nombreux prestateurs et organismes de soins de santé dévoués qui fonctionnent cependant indépendamment les uns des autres. Diverses ententes relient des groupes d'organismes et de prestateurs dans des réseaux ou des alliances, mais la

véritable interdépendance et l'interaction homogène d'un système de services de santé efficace n'existent pas.

En fait, il n'existe actuellement aucun véritable système de santé en Ontario. Les hôpitaux, les autres établissements et agences de santé, etc., interagissent et collaborent avec des professionnels de la santé à différents niveaux, mais aucun système distinct ou structure générale n'est en place pour les aider ou aider les organismes communautaires afin qu'ils travaillent *ensemble* dans l'intérêt des patients et de leurs collectivités. En l'absence d'un système coordonné, la continuité des soins écope. De plus, les économies et la synergie de la systématisation si nécessaire à l'amélioration de la qualité sont perdues en cette période de ressources décroissantes.

Bien que l'intégration et la coordination des hôpitaux aient reçu un vaste appui, le consensus est moins évident lorsqu'il est question de la *coordination et de l'intégration verticales* au niveau des divers composants du système (c.-à-d., les hôpitaux avec des services de soins à domicile, de soins de longue durée, de soins primaires, etc.). Pourtant, une meilleure coordination et intégration des services de santé est essentielle à l'obtention de soins de santé plus accessibles, de qualité supérieure et rentables. Un des défis clés de la Commission consistait à déterminer si le développement des réformes actuelles, le rééquilibre des composants du système, ou l'intégration des soins et l'amélioration de la continuité des soins avait le plus grand potentiel en vue de l'atteinte des objectifs. Il est clair que l'absence d'un état de préparation politique a écarté la possibilité de mettre sur pied des Offices régionaux de la santé (comme dans les neuf autres provinces) et des systèmes de santé intégrés en Ontario dans un avenir immédiatement prévisible.

"Un des défis clés de la Commission consistait à déterminer si le développement des réformes actuelles, le rééquilibre des composants du système, ou l'intégration des soins et l'amélioration de la continuité des soins avait le plus grand potentiel en vue de l'atteinte des objectifs."

Afin d'établir des priorités qui promeuvent le mieux une meilleure coordination (et une meilleure systématisation) du système de santé, la CRSS a d'abord tenu compte des leçons tirées de la restructuration des hôpitaux, puis des forces environnementales clés qui façonnent le milieu des soins de santé.

Le public continue d'accorder son appui à un système de santé universel doté d'une gamme complète de services de santé de qualité, comme le stipule la Loi canadienne sur la santé. Toutefois, la majorité des Ontariens comprend que les tensions actuelles au sein du système de santé *traditionnel* sont plus complexes et qu'un changement s'impose. L'évolution du plan de restructuration exige un remaniement des perceptions relatives au type de services de santé et de modes de prestation dont nous avons besoin. Bien que les services d'urgence et les soins actifs occupent toujours le premier rang, de plus en plus de gens nécessiteront des services communautaires, des services ambulatoires, des soins primaires, des soins de longue durée et des soins à domicile.

L'élaboration et la communication d'une vision et d'un plan stratégique sont essentielles pour rassurer les Ontariens et les convaincre que les réformes des services de santé mèneront à l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins.

Il est possible de gagner la faveur du public à l'égard de l'amélioration de l'intégration et de la continuité des soins dans L'ensemble des nombreux composants du système de santé actuel si les domaines d'intérêt clés relatifs à l'accessibilité, au gaspillage et à la disponibilité des soins à domicile sont abordés en termes politiques. Le public accordera vraisemblablement son appui l'intégration s'il est évident qu'elle entraînera une meilleure communication entre les prestateurs, l'amélioration des soins aux patients et des résultats, et une meilleure accessibilité aux services communautaires. Les autres considérations servant à expliquer le calendrier de changements doivent tenir compte des points suivants :

- **Adopter une approche au changement différentielle et non révolutionnaire.** Bien que les Ontariens ne s'opposent pas aux changements en matière de santé, les améliorations doivent se faire de manière évolutive, et non selon un format "big bang".

- **Solliciter l'appui des prestateurs pour les changements.** Les médecins, les infirmières et les autres prestateurs professionnels de soins de santé demeurent les personnes les plus respectés aux yeux du public en ce qui a trait aux questions de soins de santé. Les membres du public cherchent à connaître le point de vue des professionnels de la santé sur la modification des soins de santé et seront donc plus influencés par leurs opinions que par les communications avec le gouvernement ou les organismes de planification.

- **Le public doit être invité à participer au processus. Adopter un processus de consultation sur les nouveaux modèles afin d'obtenir un consensus pour les futurs changements.** Le processus de consultation doit comprendre un plan de communication pour chaque recommandation afin de lancer le débat de façon efficace et d'éviter qu'il ne soit interrompu par des commentaires négatifs de la part des principaux intervenants ou des médias.

"L'élaboration et la communication d'une vision et d'un plan stratégique sont essentielles pour rassurer les Ontariens et les convaincre que les réformes des services de santé mèneront à l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins."

- **Mettre l'accent sur des stratégies et des objectifs de consultation précis, et non sur des principes ou des souhaits abstraits**. Nous recommandons la publication de documents de politique destinés à un débat public qui présentent une série de propositions précises qui décrivent les résultats escomptés des changements. Ces documents devraient être rédigés sous forme de rapport au gouvernement (par un conseil consultatif ou par un autre organisme indépendant).

Élaboration du système : plan d'action en sept points

Vision de la CRSS sur l'avenir du système de santé

Notre vision consiste en un système de santé viable qui assure des soins de qualité complets et prodigués avec compassion à tous ceux qui ont besoin de retrouver et de maintenir une bonne santé. Tout en reflétant certaines différences communautaires et régionales, les prestateurs de soins de santé du nouveau système travaillent ensemble en vue d'atteindre le but commun de respecter les objectifs, les politiques et les priorités déterminées par le public et nécessaires à la réalisation de la vision de la santé de l'Ontario. [1]

À partir de sa vision de l'avenir du système de santé, la CRSS a dressé le plan d'action en sept points suivant dans le but d'élaborer un système de services de santé ontarien mieux intégré et mieux coordonné :

ACTION 1 :	Se fonder sur la mise en œuvre de la restructuration hospitalière et les réinvestissements dans d'autres établissements de santé et les services communautaires.
ACTION 2 :	Articuler, confirmer et communiquer une vision du futur système de services de santé en Ontario.
ACTION 3 :	Clarifier et définir le rôle du gouvernement et le rendre principalement responsable de la gouvernance du système et de son leadership.
ACTION 4 :	Élaborer un système complet de gestion de l'information sur la santé.
ACTION 5 :	Mettre en œuvre un nouveau modèle qui assure la prestation de soins de santé primaires complets.

[1] La vision de santé suivante a été rédigée par le Conseil du premier ministre sur la santé et appuyée par tous les partis de l'assemblée législative provinciale au printemps de 1989 : *Nous voyons l'Ontario comme une province où la population vit plus longtemps en bonne santé et où la maladie et les déficiences sont progressivement réduites. Nous imaginons une population habilitée qui réalise son plein potentiel en matière de santé grâce à un environnement non violent et sécuritaire, à un revenu, un logement, une alimentation et une éducation adéquats, ainsi qu'au rôle apprécié qu'elle joue sur les plans familial, professionnel et communautaire. Nous imaginons une population ayant accès de façon équitable à des soins de santé abordables et appropriés, peu importe la géographie, le revenu, l'âge, le sexe ou la nationalité. Enfin, nous imaginons une population dont les membres travaillent ensemble afin d'assurer une meilleure santé pour tous.*

ACTION 6 :	Encourager et appuyer une meilleure intégration et coordination dans l'ensemble du système en : ➢ se fondant sur les efforts communautaires pour renforcer l'intégration; ➢ renforçant les réseaux de groupes universitaires en sciences de la santé.
ACTION 7 :	Élaborer et appliquer une stratégie d'amélioration de la responsabilisation et du rendement du système de santé.

ACTION 1 :

Se fonder sur la mise en œuvre de la restructuration hospitalière et les réinvestissements dans d'autres établissements de santé et les services communautaires.

Suivant les expériences et les leçons de l'étape 1, la CRSS a amorcé une série d'entretiens avec des commissaires, des membres du personnel de la commission, des prestateurs clés et des chefs communautaires et gouvernementaux en novembre 1999. Le but de ces rencontres consistait à définir les éléments suivants nécessaires à la poursuite de la restructuration en santé après la fin du mandat de la CRSS en mars 2000 :

- éléments réussis du mandat, du processus et des activités;
- domaines où des changements au niveau du mandat, du processus ou des activités auraient pu donner de meilleurs résultats ou des résultats différents; et
- maintien de l'élan de la mise en œuvre de la restructuration hospitalière et des services de santé.

La réponse la plus retentissante était la suivante : "*La Commission de restructuration des services de santé a accompli une tâche qui n'aurait pu être réalisée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, par le gouvernement de l'Ontario ou par la collectivité hospitalière, ni individuellement, ni collectivement.*"

Même si chacun s'entendait sur le fait que la mise sur pied de la CRSS était essentielle à la mise en œuvre de la restructuration, il était également entendu que la CRSS devait se dissoudre comme prévu. En même temps, il est clair que l'Ontario ne fait qu'amorcer le processus de réforme en matière de santé et que bien d'autres efforts sont nécessaires à l'élaboration d'un *système de santé authentique*.

> *"Dans le pire des cas, une des deux voies simplistes suivantes serait empruntée : consacrer des sommes au "problème" sans plan précis relatif à où et à comment de véritables changements seront apportés, ou renverser certaines décisions déjà prises."*

Dans le pire des cas, une des deux voies simplistes suivantes serait empruntée : consacrer des sommes au "problème" sans plan précis relatif à où et à comment de véritables changements seront apportés, ou renverser certaines décisions déjà prises. Aucune de ces solutions n'est pratique et l'enjeu politique des travaux commencés est considérable. Le défi repose dans les détails et exige plus que quelques annonces de bonnes nouvelles.

Stratégies

✔ Désigner un organisme (par ex., une présence physique au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ou un organisme indépendant du gouvernement) afin qu'il :

- continuer d'appliquer les *directives* de la CRSS; et
- agisse en fonction des recommandations relatives au réinvestissement dans les soins non actifs nécessaires au sein des diverses collectivités (c.-à-d., mise en pratique des conseils sur la restructuration et les réinvestissements dans les domaines de la santé mentale, des soins de longue durée et des soins à domicile).

ACTION 2 :
Articuler, confirmer et communiquer une vision du futur système de services de santé en Ontario.

Le leadership est une question d'élaboration de politiques, de création d'une vision partagée et d'utilisation de la dynamique du changement pour faire bouger les choses. En résumé, le leadership procure au système la gouvernance dont il a grandement besoin. L'absence d'une entente relative à une vision à long terme des services de santé au niveau provincial rend presque impossible la planification efficace d'un système qui assure des soins de santé accessibles, de qualité et abordables à tous les Ontariens.

Le développement et l'atteinte d'une vision partagée signifie qu'il faut assurer l'alignement des éléments suivants :

- vision du système et ses objectifs et stratégies;
- objectifs et stratégies du système et détermination des limites des systèmes de financement;
- demandes et besoins des divers secteurs et des principaux intervenants du système;
- mesures incitatives appropriées et actions connexes qui encouragent les secteurs et les principaux intervenants à atteindre les objectifs de l'ensemble du système.

Stratégies

- Articuler et communiquer une vision, une mission et des objectifs liés au système de santé afin de guider les futures réformes et les améliorations de service. Le gouvernement devrait se rapporter à l'énoncé de vision suivant, rédigé par la CRSS, comme point de départ pour engager le public dans un débat sur les priorités stratégiques et les mesures qui orienteront les futurs changements apportés au système de santé de la province :

> *Notre vision consiste en un système de santé viable qui assure des soins de qualité complets et prodigués avec compassion à tous ceux qui ont besoin de retrouver et de maintenir une bonne santé. Tout en reflétant certaines différences communautaires et régionales, les prestateurs de soins de santé du nouveau système travaillent ensemble en vue d'atteindre le but commun de respecter les objectifs, les politiques et les priorités déterminées par le public et nécessaires à la réalisation de la vision de la santé de l'Ontario.*

✓ Articuler et communiquer les priorités et les mesures qui orienteront les futures réformes en matière de santé afin d'améliorer l'état de santé général et l'élaboration d'un système. L'établissement de priorités doit être évalué par rapport aux trois critères suivants :

- potentiel d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'abordabilité du système;
- potentiel d'améliorer l'intégration, la coordination et la continuité des soins du système; et
- incidences sur le réinvestissement et le rééquilibre des éléments du système.

ACTION 3 :

Clarifier et définir le rôle du gouvernement et le rendre principalement responsable de la gouvernance du système et du leadership.

La question la plus importante qui exige une attention immédiate est celle de la *gouvernance* et du *leadership* du système. Il manque de leadership, de vision et d'orientation politique. La plupart des gens reconnaissent que les principaux intervenants du système de santé travailleront ensemble plus étroitement seulement si un chef avec une vision claire, une orientation précise et une autorité (et/ou une autorité déléguée) est en place et responsable de l'initiation du changement du système.

> *"Le besoin de clarifier le rôle du gouvernement en tant que "gouverneur supérieur" du système signifie que beaucoup plus de responsabilités en matière de gestion des services de santé doivent être transférées à des organismes près des personnes et des collectivités qui reçoivent les services de santé et de ceux qui en assurent la prestation."*

Une gouvernance efficace est essentielle à l'*élaboration du système* et au *changement du système*. La gouvernance du système de santé implique que le système et ses composants doivent :

- être concordants et respecter une mission clairement définie;
- donner lieu à une responsabilisation et respecter des lignes directrices de politique claires;
- viser l'atteinte d'objectifs faisables et mesurables; et
- tirer profit des commentaires d'évaluation.

Voilà les produits d'une bonne gouvernance.

Le MSSLD doit assumer la responsabilité d'assurer la gouvernance efficace du système de services de santé. Le besoin de clarifier le rôle du gouvernement en tant que "gouverneur supérieur" du système signifie que beaucoup plus de responsabilités en matière de *gestion* des services de santé doivent être transférées à des organismes près des personnes et des collectivités qui reçoivent les services de santé et de ceux qui en assurent la prestation.

Quels que soient les *modèles de gestion* qui permettent ce transfert des responsabilités de gestion ou d'exploitation, certains facteurs critiques doivent être en place pour la personne ou l'entité responsable des processus de gestion et de restructuration des systèmes de santé. Les facteurs critiques attribuables aux nouvelles entités de gestion ou aux entités existantes sont les suivants :

- **CAPACITÉ** de remplir le rôle de gestion lié au mandat (par ex., les pouvoirs autorisés doivent être alignés au mandat de l'organisme);

- **APTITUDES** de leadership, d'organisation efficace, de dotation et d'accès aux renseignements les plus pertinents (selon des données en temps réel ou recueillies, des preuves cliniques ou d'autres preuves de rendement), et cadre politique ou instruction gouvernementale de prendre des décisions éclairées.

- **RESPONSABILITÉ** qui signifie travailler dans un cadre qui reconnaît le public en tant que payeur du système de santé et lui accorde le droit d'exprimer sa satisfaction ou son insatisfaction à l'égard du rendement du système. Peu importe la méthode de responsabilité choisie, elle doit être transparente pour le public quant au remède ou à la récompense à appliquer et aux processus utilisés pour les études de rendement.

Ces facteurs doivent servir de base à l'approche recommandée et, en bout de ligne, choisie par le gouvernement pour poursuivre les travaux amorcés par la CRSS.

Stratégies

✔ Outre le fait d'être le "bailleur de fonds" principal pour les services de santé, le gouvernement de l'Ontario doit assumer comme domaine de responsabilité clé la tâche de se définir comme le corps dirigeant du système de services de santé de l'Ontario (son conseil d'administration en quelque sorte) et de s'acquitter de ses responsabilités de gouvernance par l'intermédiaire du MSSLD.

✔ Redéfinir et clarifier le rôle du MSSLD en tant qu'agent des gouverneurs et *chef* du système de santé, et non, comme il en est actuellement le cas, en tant qu'entité centralisée dont les efforts se concentrent surtout sur des questions opérationnelles (microgestion). Dans ce nouveau rôle, le MSSLD serait principalement responsable des activités suivantes :

- établir la vision du futur système de santé et en assurer l'orientation générale au moyen de lois, de règlements, de lignes directrices de politique et de normes;

- financer le fonctionnement du système de santé et déterminer les niveaux de financement appropriés;

- assurer le développement et le maintien d'un système complet d'information partagée

en matière de santé qui relie tous les éléments du système;

- créer et promouvoir des outils de remaniement du système (mesures incitatives ou de dissuasion, cibles de rendement, mesures d'évaluation, etc.), et élaborer des stratégies en vue d'atteindre la vision déterminée et les valeurs à respecter relatives au système de services de santé; et

- assumer la responsabilité des suivis des évaluations de l'amélioration du rendement du système et de ses composants afin de s'assurer que :
  - la population de l'Ontario en a pour son argent;
  - le système continue d'évoluer et de répondre à des besoins changeants;
  - les attentes en matière de rendement sont définies; et
  - les normes relatives à la qualité des services, à l'accessibilité et à l'efficacité restent en place.

ACTION 4 :
Élaborer un système complet de gestion de l'information sur la santé.

> ***Gestion de l'information sur la santé :*** Recueil, partage et analyse de renseignements dans le but de prendre de meilleures décisions.

L'élaboration d'un système complet de gestion de l'information sur la santé dans la province doit être une priorité. Les décisions prises à tous les niveaux (de l'élaboration de politiques aux soins et aux traitements) seraient plus éclairées si des données exhaustives étaient disponibles et utilisées dans l'ensemble du système de services de santé.

L'information sur la santé et la gestion efficace de celle-ci constituent les *outils fondamentaux* de toutes les autres réformes en matière de santé. Sans données et renseignements, il ne peut y avoir de savoir ou de responsabilisation efficace pour la gouvernance ou la prestation de services de santé

Actuellement, le système de santé de l'Ontario n'a pas les renseignements nécessaires, ni le partage d'information pour atteindre ses objectifs de coordination et d'intégration. Les prestateurs de soins de santé sont incapables d'assurer des soins coordonnés en partie parce qu'il n'y a pas assez de communication sur les besoins des consommateurs et les soins nécessaires pour y répondre. Sur une note plus technique, de nombreux secteurs de santé (notamment ceux des soins communautaires et de longue durée) n'ont pas encore intégré l'informatique et les outils d'information à leurs activités quotidiennes, ce qui limite davantage le recueil et le partage de données et de renseignements.

Bien que divers organismes et prestateurs de soins à l'échelle du système de santé investissent dans la technologie et les logiciels qui les aident dans leurs activités, aucun encadrement ne les guide dans la coordination des investissements ou ne facilite le partage d'information, ni maintenant, ni dans l'avenir. Actuellement, très peu de renseignements sur la santé peuvent être partagés en raison du manque de normes et d'identificateurs communs. Un autre problème très important est l'absence d'un cadre législatif complet qui protègerait la confidentialité des renseignements sur la santé. Plus cette situation persiste, plus il sera difficile de la corriger.

> *"(...) le développement d'une capacité de recueil, d'analyse et de diffusion aux prestateurs et aux consommateurs de renseignements relatifs à des soins harmonisés était la priorité numéro un de l'amélioration du système de santé."*

En juin 1999, la CRSS a soumis au ministre de la Santé et des Soins de longue durée son *Plan d'action concernant la gestion de l'information sur la santé en Ontario*. La stratégie décrivait les différentes façons de créer en Ontario une capacité de gestion des renseignements sur la santé et les services de santé. La CRSS a avisé le ministre que le développement d'une capacité de recueil, d'analyse et de diffusion aux prestateurs et aux consommateurs de renseignements relatifs à des soins harmonisés était la priorité numéro un de l'amélioration du système de santé.

Maintenant que le mandat de la CRSS tire à sa fin, la Commission demeure engagée face à l'urgence et à l'importance de mettre en œuvre une nouvelle stratégie de gestion de l'information sur la santé pour le système de santé de l'Ontario. Cette stratégie promet de nombreux avantages pour les consommateurs, les prestateurs de soins, les gestionnaires et le gouvernement. Sans gestion des renseignements sur la santé, aucune réforme ou élaboration de système n'est possible.

Stratégies

✓ Procéder immédiatement à la mise en œuvre de la stratégie de la CRSS (*Plan d'action concernant la gestion de l'information sur la santé en Ontario – juin 1999*) dans le but de développer un système complet de gestion de l'information sur la santé en Ontario et d'améliorer l'intégration et la coordination de la prestation de services de santé, ainsi que le rendement général du système de santé. Suivre les étapes ci-dessous pour la mise en œuvre du plan :

1. édicter les lois et les règlements relatifs à l'information sur la santé ;

2. mettre sur pied une agence de gestion de l'information sur la santé à titre d'entité indépendante responsable envers le gouvernement et relevant du ministre de la Santé;
3. mettre sur pied un Conseil consultatif intérimaire (composé de tous les attributs de membre suggérés pour le conseil de l'agence) qui assure un leadership de transition pendant la mise sur pied de l'agence;
4. accorder le financement nécessaire distribué par l'agence de gestion de l'information sur la santé;
5. demander au Conseil consultatif intérimaire de dresser des plans de mise en œuvre détaillés pour le lancement de chaque initiative (notamment la conception, le moment, les responsabilités et les mesures de rendement) et d'élaborer des processus lui permettant de jouer efficacement son rôle quant aux normes, à la confidentialité, au financement, aux stratégies, aux recommandations et aux vérifications.

ACTION 5 :

Mettre en œuvre une stratégie qui assure la prestation de soins de santé primaires complets.

> ***Soins primaires*** **:** Le premier point de contact des Ontariens avec le système de soins de santé. Il s'agit du fondement d'un système vraiment intégré de services de santé et d'une composante essentielle d'amélioration du suivi des soins.

Depuis des décennies, les soins primaires ont fait l'objet de nombreuses études et de multiples débats en Ontario. La plupart de ces études ont fait des recommandations similaires et sont arrivées à des conclusions semblables. En particulier, il y a un consensus pour élaborer un système de soins primaires coordonné et l'intégrer aux autres niveaux de soins de santé, y compris les services spécialisés et communautaires. Toutefois, malgré ce consensus prônant le besoin de changement et dressant la liste des éléments nécessaires pour apporter les réformes proposées, peu de progrès ont été réalisés pour ce qui est d'améliorer les services de soins primaires en Ontario.

En décembre 1999, la CRSS a publié son rapport intitulé *Stratégie pour la réforme des soins primaires*. La stratégie comprenait une vision et des objectifs pour les soins primaires et identifiait cinq caractéristiques essentielles et cinq mécanismes de soutien, en plus des facteurs de réussite déterminants pour sa mise en œuvre réussie.

Vision pour les soins primaires

> *Tous les Ontariens auront accès à des soins primaires complets. Les soins primaires constitueront le point d'entrée dans le système et assureront la liaison avec le reste du système.*

La stratégie de la CRSS en matière de soins primaires n'est pas nouvelle. Elle est fondée sur les caractéristiques d'autres modèles déjà proposés et identifie les éléments

nécessaires à la création d'un système de soins primaires *authentique* en Ontario. L'objectif de ce système consiste à assurer aux patients des services accessibles, complets, de qualité et rentables. Il vise également à améliorer considérablement la sécurité, le statut et les conditions de travail des prestateurs de ces services.

Les cinq caractéristiques essentielles de la stratégie pour la réforme des soins primaires sont les suivantes :

1. **Accès à un éventail défini de services de soins primaires complets**.

2. **Services accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7,** le service de triage téléphonique constituant le fer de lance de cette formule de soins primaires

3. **Professionnels de la santé travaillant dans des centres de soins primaires**, et offrant des soins primaires complets à une population définie. Ces groupes comprendront des médecins et des infirmières et infirmiers ainsi que d'autres professionnels de la santé qui s'investiront directement dans la prestation des services fournis au centre de soins primaires.

4. **Les consommateurs s'affilient au médecin de premier recours ou à l'infirmière ou l'infirmier de premier recours de leur choix**, lesquels font partie du même centre.

5. **Les centres de soins primaires organisés comme des groupes interprofessionnels de fournisseurs de soins primaires** qui partagent des objectifs communs, contribuent d'une manière coordonnée en conformité avec leurs compétences et leurs habiletés et respectent les fonctions et les contributions distinctes des autres

Objectifs pour les soins primaires

1. Permettre aux consommateurs de prendre une part active à la promotion de leur santé et à leurs soins de santé.
2. Offrir des soins de grande qualité.
3. Fournir un accès rapide aux services de soins primaires.
4. Accroître la continuité et la coordination des soins primaires avec les autres niveaux de soins de santé.
5. Faciliter l'utilisation efficiente et appropriée des ressources humaines et financières.
6. Établir l'obligation de rendre compte de l'accessibilité, de la qualité et de la rentabilité des services de soins primaires.

Les cinq mécanismes de soutien qui visent à garantir le succès des centres de soins primaires sont les suivants :

1. **Financement des centres basé sur la population** dans le cadre duquel le financement est accordé directement au centre, lequel détermine ensuite la méthode et le niveau de rémunération convenant aux différents fournisseurs du centre.

2. **Éducation** pour appuyer la création de centres et les aider à répondre aux besoins de leurs consommateurs affiliés.

3. **Gestion de l'information** pour soutenir la saisie en temps réel de l'information sur la santé axée sur les consommateurs, de même que l'échange sûr de renseignements exacts et pertinents dans le cadre de la prestation des soins.

4. **Mécanismes de coordination des soins** qui comprennent : un dossier médical (chaque centre met à jour le dossier médical de chaque consommateur, en plus d'en être le gardien, et le consommateur est propriétaire de l'information et détermine qui peut y avoir accès; des ententes entre les centres de soins primaires et d'autres organismes et fournisseurs de soins de santé qui offrent différents niveaux de soins; et des protocoles et des parcours de soins qui tiennent compte en particulier des points de transfert lorsque les consommateurs sont transférés d'un niveau de soins à un autre.

5. **Mécanismes de responsabilité** entre les centres et les membres affiliés, une responsabilité des centres devant le MSSLD, les obligations internes des centres relativement à l'administration et la gestion de leurs activités et à l'amélioration de la qualité

Le plan indique les étapes visant à mettre en œuvre la stratégie et les organismes responsables de ces activités. La première année du plan comprend le développement du soutien de la stratégie; la mise en place d'une structure destinée à soutenir les activités de mise en œuvre; et la préparation du terrain pour les années deux à six à mesure que des centres de soins primaires sont mis sur pied d'un bout à l'autre de la province d'une façon planifiée.

"(...) malgré ce consensus prônant le besoin de changement et dressant la liste des éléments nécessaires pour apporter les réformes proposées, peu de progrès ont été réalisés pour ce qui est d'améliorer les services de soins primaires en Ontario."

Bien que la plupart des caractéristiques de la stratégie pour la réforme des soins primaires de la CRSS se retrouvent dans tous les autres modèles de soins primaires proposés antérieurement, la stratégie comprend tout de même un certain nombre de caractéristiques qui lui sont propres :

- **Rôle plus important joué par le personnel infirmier.**
- **Véritables centres de soins primaires dotés de structures administratives de soutien.**
- **Meilleures conditions de travail pour les médecins de premier recours.**
- **Flux de financement au groupe basé sur l'importance de la population affiliée qui est desservie.**
- **Mise en œuvre de la stratégie à l'échelle de la province.**

Stratégies

✓ Mettre en œuvre la *Stratégie pour la réforme des soins primaires* (décembre 1999) de la CRSS à l'échelle de la province et d'une façon planifiée et globale au cours des six prochaines années.

✓ Établir un comité de mise en œuvre et de suivi formé de représentants externes de consommateurs, de professionnels de la santé et de gestionnaires des soins de santé pour

mettre en œuvre la stratégie. Soutenir le comité par un secrétariat et le faire relever directement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

✔ Identifier un leader qui possède l'autorité voulue pour apporter les changements proposés et qui est chargé de diriger la transition opérée dans les soins primaires, tout en s'assurant que le gouvernement donne une priorité élevée aux soins primaires et que ces derniers bénéficient de l'appui total des groupes représentant aussi bien les fournisseurs que les consommateurs.

ACTION 6 :

Appuyer une meilleure intégration dans l'ensemble du système en ajoutant aux efforts des collectivités afin de renforcer l'intégration et les réseaux de groupes universitaires en sciences de la santé.

Bien que l'orientation politique (et l'alignement) provinciale soit nécessaire à l'intégration de la prestation des soins, elle est insuffisante en elle-même. Certaines preuves d'autres juridictions suggèrent que l'*élaboration d'un système communautaire* est également exigée pour obtenir une meilleure continuité des soins et améliorer la qualité, l'accessibilité et la satisfaction des consommateurs.

Au cours de la dernière année de son mandat, la Commission a appuyé de nombreuses approches locales et ascendantes en matière d'intégration qui facilitent l'élaboration de systèmes de prestation intégrés verticalement dans le but :

- d'en apprendre davantage sur le fonctionnement de ces processus au niveau local et fournir des preuves pratiques et concrètes concernant les éléments requis pour une intégration réussie au niveau communautaire;

- de repérer les principaux obstacles à l'évolution de l'intégration au sein des collectivités;

- de documenter les questions clés et les leçons tirées par les collectivités qui ont dressé des plans afin d'évoluer vers une meilleure intégration verticale.

Les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les conseils régionaux de santé (CRS), les unités de santé publique et d'autres intervenants communautaires ont participé à ces projets dont la portée et les objectifs variaient. Ces projets comprenaient les suivants :

- élaborer un processus pour l'intégration des services de soins palliatifs au niveau des collectivités;
- stratégies d'intégration dans le domaine du diagnostic et du traitement des cancers précoces de la prostate et du sein dans le Sud-Est de l'Ontario;
- intégration grâce à l'élaboration d'un réseau de traitement et d'éducation sur le diabète dans le Sud-Ouest de l'Ontario;
- élaborer des stratégies, identifier les sources de financement, clarifier les rôles et les responsabilités et recommander un modèle de services de santé intégré afin d'explorer le potentiel de créer un système de santé coordonné à Sault Ste. Marie;
- élaborer une approche intégrée visant les enfants présentant des problèmes d'apprentissage et de comportement à Timmins. Élaborer des directives cliniques et des stratégies fondées sur l'expérience à l'échelle de la collectivité concernant les enfants qui peuvent souffrir de problèmes d'apprentissage et de comportement d'enseignement afin d'accroître la sensibilisation du public; et
- documenter les expériences d'intégration de sept réseaux de santé bien établis à Toronto en examinant leur histoire et leurs structures et en identifiant les obstacles

à l'intégration et les possibilités d'intégration, les facteurs de succès et les leçons apprises concernant l'intégration.

Des études de cas et les leçons apprises sont indiquées dans le rapport de la CRSS intitulé *Advancing Community Integration: Experiences and Next Steps*. Ces initiatives donnent un aperçu des facteurs à l'origine de la réussite et du maintien de l'intégration au niveau communautaire, c'est-à-dire où cela compte le plus. D'après l'expérience de la CRSS en matière de projets d'intégration, il est clair que les collectivités peuvent effectuer beaucoup d'intégration à un niveau local si des moyens d'appui appropriés sont mis en place.

Stratégies

✓ Nommer un chef au MSSLD responsable de l'intégration du système de santé.

✓ Établir un programme annuel de subvention concurrentiel qui accorde des capitaux d'amorçage aux collectivités qui entreprennent des initiatives d'intégration.

Dans sa recherche de façons et de moyens d'améliorer la coordination et l'intégration au sein de notre système de santé, la CRSS a exploré le rôle pouvant être joué par les CUSS. Plus particulièrement, la Commission voulait savoir comment ces centres de l'Ontario pouvaient être des chefs de file dans la formation des nouveaux rapports organisationnels pour créer, à l'intérieur de leur région, les conditions d'amélioration de la qualité et de l'accès par une plus grande coordination et intégration. Le contexte actuel appelle un élargissement de la portée des CUSS pour assurer le succès des missions académiques de recherche, d'éducation et de soins aux patients, notamment les soins tertiaires et quaternaires. Cet élargissement de leur rôle serait grandement facilité si ces centres étaient dotés d'une responsabilité formelle et des ressources nécessaires à leur conversion en *réseaux*.

Bien que la CRSS n'ait pas été en mesure d'exécuter une étude approfondie avant la fin de son mandat, les perspectives et les observations suivantes, initiales et préliminaires, ont pu être établies quant au rôle futur de ces centres comme chefs de file en matière d'intégration :

- **Les CUSS doivent être munis d'un mandat et des ressources nécessaires à leur transformation en vrais réseaux**. C'est particulièrement vrai dans le cas des centres à l'extérieur de Toronto où les *Réseaux universitaires des soins de la santé* (RUSS)[2] régionaux doivent couvrir de grandes portions de la province.

---

2 On a beaucoup écrit sur les réseaux universitaires des sciences de la santé (RUSS) quant à la vision d'avenir des centres universitaires des sciences de la santé (CUSS). Le rapport du Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires de 1995 intitulé *Ontario's Health Science Centres: Sustaining Ventures for Their Communities* abordait la création de RUSS comme réseaux : qui favorisent les partenariats de travail fondés sur des buts communs,

- **Les CUSS jouent un rôle important dans l'édification du système et l'élaboration de rapports organisationnels menant à une coordination et à une intégration améliorées des soins aux patients.** Les CUSS ont les atouts et les moyens nécessaires pour être des chefs de file et pourraient le devenir s'ils étaient dotés d'un mandat élargi et d'une responsabilité plus importante dans la modification du système.

- **Divers obstacles et facteurs de dissuasion doivent être abordés pour faire progresser le concept de réseau universitaire des soins de la santé.** Les réseaux ne se sont pas développés aussi rapidement qu'il a été proposé pour diverses raisons, dont certaines varient d'un centre à un autre.

- **Les universités et les hôpitaux d'enseignement qui constituent aujourd'hui les CUSS de l'Ontario représentent un investissement important; toutefois, leur potentiel n'est que partiellement exploité.**

Stratégies

✓ Les centres et les réseaux universitaires des sciences de la santé jouent un rôle capital dans la création d'un système de services de santé intégré plus fort. Il est grand temps et tout à fait dans l'intérêt de la population de l'Ontario que le MSSLD établisse les mécanismes nécessaires à la collaboration avec ces entités pour leur permettre d'atteindre leur plein potentiel.

✓ Appliquer les recommandations du Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires dans les rapports intitulés : [3]

- *Sustaining Ventures for Their Communities (1995),* et
- *Funding Academic Heath Science Networks: An Investment in the Future (1997).*

---

avec un sentiment commun de leadership plutôt que des rapports centralisés ou hiérarchiques; qui adoptent une approche basée sur les besoins plutôt que sur l'offre; qui permettent aux institutions qui font maintenant partie des CUSS (de même que celles qui feraient partie du réseau) de travailler ensemble et d'utiliser le plus efficacement possible les compétences, les connaissances et les ressources disponibles pour les soins aux patients, la recherche et l'éducation; qui comprennent un ensemble d'interconnexions, notamment des organismes comme les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires, les services de santé, les institutions de soins de longue durée, les fournisseurs ou les organismes de soins de santé communautaire, les conseils régionaux de santé et d'autres planificateurs de services de santé, les chercheurs et les entreprises du secteur privé dans le domaine de la santé, les facultés professionnelles de sciences de la santé, les collèges d'arts et de technologies appliqués qui enseignent aux professionnels de la santé et les écoles secondaires.

[3] Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires : *Ontario's Academic Health Science Centres: Sustaining Ventures of Their Communities* (1995) et *Funding Academic Heath Science Networks: An Investment in the Future* (1997).

Ces rapports comprennent un certain nombre de recommandations qui n'ont pas encore été mises en pratique en vue de s'attaquer à la planification des ressources humaines en matière de santé, aux mécanismes de financement pour les CUSS et aux approches de mise en œuvre qui devraient être suivies pour rendre plus efficaces les rôles et les responsabilités de tous les CUSS en Ontario.

ACTION 7 :

Élaborer et appliquer un processus d'amélioration de la responsabilisation du système de santé, de la mesure du rendement et des systèmes d'amélioration.

Non seulement la restructuration hospitalière a-t-elle entraîné d'importants changements au niveau du système hospitalier, mais, au cours des quatre dernières années, de nombreuses questions sous-jacentes relatives au système et évidentes en Ontario pendant plusieurs décennies ont continué de pousser le gouvernement à trouver de nouvelles solutions à d'anciens problèmes. Traditionnellement, le gouvernement provincial est intervenu dans chaque cas particulier selon une approche de "crise à crise". Une telle approche se reflète d'ailleurs dans la structure de la bureaucratie. Le rendement d'un système de services de santé restructuré doit pouvoir être continuellement amélioré par l'évaluation d'indicateurs de l'état et du rendement du système de santé comme tel.

"Il faut mettre en place une approche systémique appuyée par un processus objectif et des mécanismes afin de déterminer l'efficacité du système et de repérer les améliorations à apporter. L'accent doit être mis sur les avantages aux clients."

L'importance de l'amélioration et de l'intégration du système de santé est reconnue dans la vision du ministère.[4] De plus, le gouvernement ontarien a manifesté son engagement à répondre aux futurs besoins en matière de soins de santé et à garantir l'accès aux services de santé que méritent les Ontariens.

Étant donné la complexité du domaine des soins de santé et le besoin du gouvernement d'atteindre sa vision tout en équilibrant de nombreux intérêts concurrentiels, l'approche individualisée traditionnelle aux problèmes des soins de santé n'est pas efficace malgré les bonnes intentions qui la justifient. Elle n'améliore pas le système de santé, ne permet pas de mieux gérer les ressources de soins de santé et ne répond pas aux défis ultérieurs. Il faut mettre en place une approche systémique appuyée par un processus objectif et des mécanismes afin de déterminer l'efficacité du système et de repérer les améliorations à apporter. L'accent doit être mis sur les avantages aux clients.

---

[4] En mars 2000, le MSSLD a publié l'énoncé de vision suivant dans son bulletin d'information destiné à ses employés (volume 1, n° 1) : *"Un système de santé qui promeut le bien-être et améliore les résultats en matière de santé par la prestation de services accessibles, intégrés et de qualité à chaque étape de la vie et le plus près possible du domicile."*

Stratégies

✓ Adopter un aperçu systémique appuyé par une approche complète à l'amélioration du rendement du système de santé.

Les initiatives provinciales et nationales d'évaluation de rendement permettent d'examiner le rendement de certains groupes professionnels, organismes, secteurs et collectivités, ainsi que les conditions et les méthodes cliniques de chacun. Ces activités encouragent l'amélioration dans les domaines évalués et doivent être poursuivies par les organismes qui font ce travail. Toutefois, ces initiatives ont une applicabilité limitée en ce qui a trait à l'évaluation et à l'amélioration de l'ensemble du rendement du système de santé. L'amélioration du rendement du système de santé doit reposer sur une perspective de système intégré qui reconnaît l'importance des parties individuelles du continuum de service, et, notamment, des interdépendances et des rapports entre ces parties et parmi celles-ci. Même si les évaluations des organismes particuliers sont importantes, ces initiatives ne peuvent pas simplement être combinées pour déterminer les secteurs dans lesquels le rendement du système de santé doit être amélioré. Effectivement, le tout est (ou devrait être) supérieur à la somme de ses parties.

La capacité de mesurer la qualité des rapports entre les prestateurs du continuum et de partager les résultats pour changer les comportements et améliorer les soins aux consommateurs est essentielle à l'amélioration du rendement du système de santé. À cet effet, un aperçu systémique du rendement du système de santé est préférable à une approche individualisée.

✓ Mettre sur pied un *Conseil d'amélioration du système de santé* tiers et indépendant dont le but est d'assurer, de surveiller, d'évaluer et d'améliorer le rendement du système de santé en Ontario.

L'évaluation et l'amélioration du système ne peut être la responsabilité d'un seul organisme ou d'un groupe sélect d'organismes qui effectuent actuellement des évaluations de soins de santé en Ontario. Ces organismes n'ont pas la perspective obligatoire nécessaire à l'appui de l'amélioration continue du système des services de santé. En outre, ces organismes ont tendance à travailler de façon isolée, leurs efforts ne sont pas coordonnés et, parfois, conflictuels. Des études ont montré que les consommateurs font confiance aux tiers et veulent qu'un tiers objectif leur fournisse des renseignements sur le

"L'amélioration du rendement du système de santé doit reposer sur une perspective de système intégré qui reconnaît l'importance des parties individuelles du continuum de service, et, notamment, des interdépendances et des rapports entre ces parties et parmi celles-ci."

rendement du système de santé. Ils préfèrent avoir accès à des évaluations d'experts indépendants ou aux évaluations d'autres consommateurs comme eux.

Actuellement, en Ontario, aucun organisme n'est responsable de l'amélioration du rendement du *système* de santé et des rapports donnés au public. De plus, aucun organisme n'a les compétences spécialisées nécessaires à une telle tâche. La CRSS croit que cette responsabilité devrait être attribuée à un organisme de consommateurs et de prestateurs indépendant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, des groupes professionnels de prestateurs de soins de santé et des organismes qui représentent les contextes de prestation.

L'objectif du *Conseil d'amélioration du système de santé* devrait être d'assurer, de surveiller, d'évaluer et d'améliorer le rendement du système de santé en Ontario. Il devrait rendre des comptes au public et axer ses travaux sur les tâches.

Le Conseil sera guidé par deux principes : mettre l'accent sur le consommateur et adopter une approche à l'amélioration en cinq étapes qui comprend des données d'entrée, des processus, des résultats, des commentaires et un processus de mise en œuvre.

Les quatre priorités initiales du Conseil seront les suivantes : 1) réaffirmer son objectif et dresser un plan de fonctionnement stratégique; 2) valider et perfectionner les critères d'amélioration; 3) identifier les indicateurs de rendement; et 4) déterminer des limites géographiques communes.

Le Conseil devrait être responsable, de façon permanente, d'une grande variété d'activités. Celles-ci comprennent la communication et la diffusion au public et aux prestateurs des résultats des évaluations de rendement par le biais d'un rapport de responsabilité publique annuel, et la formulation de recommandations au ministre de la Santé concernant l'établissement de priorités système et l'amélioration du rendement du système de santé.

Conclusion

Les temps sont difficiles pour ceux qui travaillent dans le système de santé de l'Ontario ou qui sont touchés par sa réforme. Le processus de changement est troublant, mais, si nous désirons un système de santé viable, nous ne pouvons pas faire demi-tour. Il faut repenser tous les aspects du système de santé liés à la gouvernance, à la gestion, aux mécanismes de financement et aux responsabilités.

Toutefois, étant donné les inquiétudes du public et l'anxiété politique associée au changement, le gouvernement a besoin d'un "tampon" entre lui-même et les solutions politiques immédiates relatives aux décisions difficiles à prendre pour que l'Ontario garde le cap sur le changement.

Bien que le gouvernement provincial doive garder l'autorité en matière de politique générale et assurer le leadership et l'orientation supérieurs du système de santé, il doit

déléguer les responsabilités de gestion du processus de changement à une entité indépendante dont le mandat précis se rapporte à une ou plusieurs parties du système de services de santé. Qu'il s'agisse d'une agence, d'une entreprise ou d'un autre organisme à vocation spéciale, cette entité doit être indépendante du gouvernement et avoir suffisamment de pouvoirs et de responsabilités pour exécuter son mandat. De plus, elle doit relever du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et, par l'intermédiaire de celui-ci, être responsable de la gestion des éléments du système conformément aux directives gouvernementales et à son propre mandat.

Il y a quatre ans, l'Ontario s'est rendue compte qu'il fallait prendre des mesures en vue de modifier le système de santé, un sujet qui a fait l'objet de bien des discussions et a longtemps été reporté. Le gouvernement a fait preuve d'un grand courage et d'initiative lorsqu'il a créé la Commission de restructuration des services de santé et lui a accordé les pouvoirs nécessaires à l'application de modifications dans le secteur hospitalier. Il a appuyé les décisions de la Commission et agi sans hésiter pour la plupart des recommandations, notamment celles qui se rapportaient à l'expansion majeure des soins de longue durée et des soins à domicile à l'échelle de la province.

En cette fin de mandat, la CRSS lance comme message final qu'il reste encore bien des choses à faire et peu de temps pour créer un système de santé et de services de santé authentique qui permettra de répondre aux besoins de la population au 21^{e} siècle. L'Ontario ne doit pas lâcher prise. Nous devons continuer de ramer avec vigueur!